



Чтобы сохранить здоровье в будущем,
начинайте думать о нем сегодня

ЗВОНИТЕ ПО БЕСПЛАТНОМУ ТЕЛЕФОНУ 1-800-880-5305

Для того, чтобы подать заявление на зачисление, воспользуйтесь
формой заявления, которое можно отправить по почте



Бесплатное медицинское
обслуживание для детей от
рождения до 18 лет, включительно,
и для беременных женщин

- Бесплатно - комплексный пакет услуг, включающий льготы по медицинскому обслуживанию, услугам стоматолога и глазного врача для детей.
- Нет месячных взносов.
- Нет доплаты за какие-либо предоставляемые льготы.
- Возможность выбора планов медицинского страхования, которые находятся почти во всех густонаселенных центрах.
- Семейная собственность (такая, как сбережения и машины) не входит в подсчет семейного дохода для определения права на программу.
- Больше детей из семей с более высоким доходом получают право на **бесплатный вариант Medi-Cal**.
- Предоставляется для детей из семей с одним или двумя работающими родителями.
- Заявление отправляется по почте. Для оформления и подачи документов не требуется посещения учреждений Вэлфера.



Недорогое страхование
медицинских услуг для детей от
рождения до 18 лет,
включительно



- Недорогой комплексный пакет услуг, включающий страхование медицинского обслуживания, услуг стоматолога и глазного врача.
- Низкие месячные взносы от \$4 на ребенка до максимум \$45 на семью.
- Нет доплаты за предоставление профилактических услуг (таких как прививки). Доплата \$5 за услуги непрофилактического характера (такие, как визит к врачу при заболевании).
- Возможность выбора планов страхования медицинского обслуживания, услуг стоматолога и глазного врача.
- Семейная собственность (такая, как сбережения и машины) не входит в подсчет семейного дохода для определения права на программу.
- Для детей без медицинской страховки и для детей, имеющих **Medi-Cal с частичной оплатой**.
- Предоставляется детям из семей с работающим одним или двумя родителями.
- Заявление отправляется по почте.
- Подавайте заявление для зачисления на программу еще не родившегося ребенка или для зачисления ребенка в возрасте от 1 года до 6 лет заранее, приблизительно за 3 месяца. Подав это заявление, вы потеряете право на **бесплатный вариант Medi-Cal**.

Medi-Cal и Healthy Families - две программы медицинского обслуживания:

- Количественный состав семьи, возраст ребенка и доход определяют, на какую программу ребенок может иметь право. Ребенок младшего возраста может иметь право на **бесплатный план Medi-Cal**, а ребенок старшего возраста может иметь право на программу **Healthy Families**.
- Если ребенок имеет право на **бесплатный вариант Medi-Cal**, то он/она **не имеет права** на получение программы **Healthy Families**.
- Если ваш доход слишком высок для того, чтобы получить право на **бесплатный Medi-Cal**, **ваш ребенок может иметь право** на программу **Healthy Families**.

Для того, чтобы иметь право на
Medi-Cal или на **Healthy Families**,
заявитель, использующий эту форму
заявления, должен удовлетворять
следующим требованиям:



- Быть в возрасте до 19 лет или быть беременной
- Доход семьи должен быть в рамках допустимых пределов
- Быть жителем штата California
- Быть гражданином США, уроженцем страны или легально въехавшим в страну иммигрантом.
Независимо от иммиграционного статуса или даты въезда в страну ребенок или беременная женщина имеют право на тот или иной вид **Medi-Cal**.

КАК ПОДАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ:

Для того, чтобы подать заявление, вам **не нужно** выяснять, на какую программу ребенок или беременная женщина имеют право.

- Просто заполните заявление на страницах A1-A3 и отправьте его по почте вместе со всеми требуемыми документами.
- Если выясняется, что ребенок имеет право на программу **Healthy Families**, вы можете также заполнить страницу A4. Отправьте все 4 страницы (A1-A4) вместе с оплатой взноса и всеми требуемыми документами. Вы можете сделать это сейчас, или мы свяжемся с вами после того, как определим право вашего ребенка на программу. Если вы заполните форму сразу, быстрее начнется действие страховки.
- Даже прежде чем Вам станет известно, распространяются ли на Вашего ребенка условия **Medi-Cal**, Вы можете позвонить по бесплатному телефону 1-800-430-7007 и узнать, какие страховые планы есть в Вашем районе, а также попросить об информативном пакете с формами заявлений.

ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ? ВСЕ УСЛУГИ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ БЕСПЛАТНО!

Если вы хотите узнать, на какую программу вы имеете право **до того**, как вы подпишите и представите свое заявление, или если вам нужна помощь в заполнении заявления, звоните нам по **бесплатному телефону 1-800-880-5305**. Наши операторы могут также дать вам имя и телефон специально обученного сотрудника, имеющего сертификат по оформлению заявлений в вашем районе.



ВАЛОВЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД (ПО СОСТОЯНИЮ НА 1 АПРЕЛЯ 2006 ГОДА)

Вам необязательно знать, на какую программу имеет право ваш ребенок, но вы можете использовать нижеприведенную таблицу в том случае, если вы хотите иметь представление, на что вы можете рассчитывать. Если ваш месячный семейный доход составляет сумму, приведенную в таблице, или ниже этого уровня, ваш ребенок может иметь право на программу **Healthy Families** или на **бесплатный вариант Medi-Cal**. Если вы работаете, платите за посещение вашим ребенком детских учреждений или платите/получаете дотацию на ребенка и/или алименты, мы сможем снизить уровень вашего семейного дохода, подлежащего учету. Разъяснения относительно дохода семьи, его количественного состава и допускаемых удержаний предоставляются во всех этих инструкциях. Для получения информации относительно большего количественного состава семьи звоните нам по **бесплатному телефону 1-800-880-5305** или обратитесь к **специальному обученному сотруднику**, имеющему сертификат по оформлению заявлений.

СОСТАВ СЕМЬИ	РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА ИЛИ БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА MEDI-CAL	РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА HEALTHY FAMILIES	РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 5 ЛЕТ MEDI-CAL	РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 5 ЛЕТ HEALTHY FAMILIES	РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 18 ЛЕТ MEDI-CAL	РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 18 ЛЕТ HEALTHY FAMILIES
1	\$0 - \$1,634	\$1,635 - \$2,042	\$0 - \$1,087	\$1,088 - \$2,042	\$0 - \$ 817	\$ 818 - \$2,042
2	\$0 - \$2,200	\$2,201 - \$2,750	\$0 - \$1,463	\$1,464 - \$2,750	\$0 - \$1,100	\$1,101 - \$2,750
3	\$0 - \$2,767	\$2,768 - \$3,459	\$0 - \$1,840	\$1,841 - \$3,459	\$0 - \$1,384	\$1,385 - \$3,459
4	\$0 - \$3,334	\$3,335 - \$4,167	\$0 - \$2,217	\$2,218 - \$4,167	\$0 - \$1,667	\$1,668 - \$4,167
5	\$0 - \$3,900	\$3,901 - \$4,875	\$0 - \$2,594	\$2,595 - \$4,875	\$0 - \$1,950	\$1,951 - \$4,875
6	\$0 - \$4,467	\$4,468 - \$5,584	\$0 - \$2,971	\$2,972 - \$5,584	\$0 - \$2,234	\$2,235 - \$5,584

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ

РАЗДЕЛ 1

Расскажите нам о человеке, подающем заявление на ребенка, на беременную женщину, на еще не рожденного ребенка, о нем или о ней самой.



Вопрос 16

Мы настоятельно советуем вам не упустить возможность и воспользоваться предоставляемым медицинским обслуживанием для ваших детей независимо от того, на какую программу они имеют право.

• **Дети:** мы зачислим вашего ребенка на программу, на которую он/она имеет право, за исключением случаев, когда вы даете нам указание не делать этого. Если вы не хотите зачислить своего ребенка на одну из этих программ, уведомите нас об этом, пометив графу, обозначающую отказ. Это означает, что если вы сделаете пометку в графе, указывающей на **Medi-Cal**, а ваш ребенок имеет право на **Medi-Cal**, то он/она не будут получать медицинское обслуживание ни по какой из программ.



• **Беременные женщины:** программа Услуги для Младенцев и Матерей (**AIM**) предоставляет медицинское обслуживание тем беременным женщинам без страхового обеспечения, чей доход превышает уровень, дающий право на получение **бесплатного варианта Medi-Cal**. За более подробной информацией и за заявлением на программу **AIM** звоните по телефону **1-800-433-2611**.

РАЗДЕЛ 2

Предоставьте нам информацию о детях в возрасте до 19 лет и/или о беременной женщине, которые хотят получать оплачиваемое медицинское обслуживание.

Ответьте на вопросы 17-32 на каждого ребенка или беременную женщину, изъявивших желание получать оплачиваемое медицинское обслуживание. Если вы подаете заявление на еще не рожденного ребенка, пометьте клеточку, указывающую нерожденного ребенка, в колонке “Ребенок 1” и предоставьте нам всю информацию, которая у вас есть на настоящий момент. Покрытие на еще не рожденного ребенка начнется после того, как **Healthy Families** получит документы о рождении ребенка. Для того, чтобы включить на рассмотрение дополнительное количество детей для страхования, используйте отдельный лист бумаги или фотокопию страниц A1 и A2 данного заявления.



Вопрос 18

Ответьте на этот вопрос, если он отличается от ответа, указанного в вопросе 17.

Вопрос 19

Укажите полный адрес, включая номер дома, название улицы, номер квартиры, город и邮政овый индекс, если эта информация отличается от той, которая указана в Раделе 1.



Вопрос 20

Родственные отношения, которые связывают ребенка или беременную женщину с лицом, указанным в Раделе 1, Вопрос 1. **Например:** дочь, супруг/супруга, пасынок/падчерица, племянник и т.д.



ЗАЯВЛЕНИЕ



Пожалуйста, обращайтесь к инструкции для заполнения заявления. Пишите разборчиво печатными буквами. Пользуйтесь только ручкой с черной или синей пастой.

РАЗДЕЛ 1: Расскажите нам о человеке, подающем заявление на ребенка, на беременную женщину, на еще не родившегося ребенка, о нем или о ней самой.

1	ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	2	ДАТА РОЖДЕНИЯ / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД		
3	ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР ДОМА И УЛИЦА) НЕ УКАЗЫВАЙТЕ НОМЕР АБОНЕМЕНТНОГО ЯЩИКА			4	НОМЕР КВАРТИРЫ	5	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()
6	ГОРОД	7	ОКРУГ	8	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	9	РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ()
10	ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО) ИЛИ НОМЕР АБОНЕМЕНТНОГО ЯЩИКА			11	НОМЕР КВАРТИРЫ	12	ТЕЛЕФОН, ПО КОТОРОМУ МОЖНО ОСТАВИТЬ СООБЩЕНИЕ ()
13	ГОРОД			14	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		
15A	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК ОБЩЕНИЯ			15B	НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ЧИТАЕТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО?		
16	Мы зачислим ребенка или беременную женщину на программу, на которую они имеют право. Если вы не хотите быть зачисленным на одну из этих программ, сделайте пометку в соответствующей графе, указанной ниже.						
<p>я не хочу: <input type="checkbox"/> Healthy Families: Не посыпайте свидетельства о рождении. Не заполняйте страницу, относящуюся к программе Healthy Families. <input type="checkbox"/> Medi-Cal</p>							

РАЗДЕЛ 2: Предоставьте информацию о детях в возрасте до 19 лет и/или о беременной женщине, которые хотят получать медицинское обслуживание.

Ребенок 1 или не рожденный ребенок

Ребенок 2

Ребенок 3

Ребенок 4

Беременная женщина

Пометьте клеточку в этом случае

17	Имя:	Фамилия					
	Имя						
	Отчество						
18	Имя, указанное в свидетельстве о рождении: <i>(если то же, что и в пункте 17, оставьте графу незаполненной)</i>	Фамилия					
	Имя						
	Отчество						
19	Если адрес ребенка не тот же , что указанный в Разделе 1, Вопрос 3, укажите полный адрес:						
20	Отношение к лицу, указанному в Разделе 1:						
21	Пол:	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
22	Дата рождения:	/ / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	/ / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	/ / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	/ / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	/ / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	/ / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД
23	Место рождения: округ или штат или страна (если за пределами США).						
24	Этнический код: <i>(См #24 инструкции)</i>						
25	Гражданин или уроженец США? Если "Нет", пожалуйста, укажите дату въезда в США		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД
26	Номер социального обеспечения: Номер социального обеспечения не требуется для программы Healthy Families или для лиц, которым нужны услуги только на случай неотложных ситуаций или только по поводу беременности.						

ОТОРВИТЕ ЗДЕСЬ

РАЗДЕЛ 2: продолжение

Ребенок 1 или не рожденный ребенок

Ребенок 2

Ребенок 3

Ребенок 4

Беременная женщина

Пометьте клеточку в этом случае

27	Имя матери: Фамилия Имя Проживает ли мать совместно с вами?						
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
28	Имя отца: Фамилия Имя Проживает ли отец совместно с вами?						
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
29	Имя супруга несовершеннолетнего или мужа беременной женщины: <i>(если проживают совместно)</i>						
30	Имеет ли кто-либо из лиц, в отношении которых подается заявление, бесплатный вариант Medi-Cal? Если "да", укажите дату окончания действия страховки.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	
31	Имеют ли беременная женщина и/или дети другое медицинское, стоматологическое обслуживание, услуги глазного врача?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
32	Был ли застрахован кто-либо из детей через работодателей за последние 90 дней? Если "да", пометьте основную причину, по которой действие страховки приостановилось, и укажите дату, когда это произошло.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Потерял(а) работу <input type="checkbox"/> Сменил(а) место жительства и не предоставляется страховка <input type="checkbox"/> Работодатель прекратил предоставление льгот всем работникам <input type="checkbox"/> Закончился срок действия страховки по COBRA <input type="checkbox"/> Прочие / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Потерял(а) работу <input type="checkbox"/> Сменил(а) место жительства и не предоставляется страховка <input type="checkbox"/> Работодатель прекратил предоставление льгот всем работникам <input type="checkbox"/> Закончился срок действия страховки по COBRA <input type="checkbox"/> Прочие / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Потерял(а) работу <input type="checkbox"/> Сменил(а) место жительства и не предоставляется страховка <input type="checkbox"/> Работодатель прекратил предоставление льгот всем работникам <input type="checkbox"/> Закончился срок действия страховки по COBRA <input type="checkbox"/> Прочие / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Потерял(а) работу <input type="checkbox"/> Сменил(а) место жительства и не предоставляется страховка <input type="checkbox"/> Работодатель прекратил предоставление льгот всем работникам <input type="checkbox"/> Закончился срок действия страховки по COBRA <input type="checkbox"/> Прочие / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Потерял(а) работу <input type="checkbox"/> Сменил(а) место жительства и не предоставляется страховка <input type="checkbox"/> Работодатель прекратил предоставление льгот всем работникам <input type="checkbox"/> Закончился срок действия страховки по COBRA <input type="checkbox"/> Прочие / / МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД	

РАЗДЕЛ 3: Члены семьи, проживающие совместно. Количество состава семьи принимается в расчет при определении типа программы, на которую имеют право ваши дети.

33	Перечислите остальных детей, проживающих совместно с вами в возрасте до 21 года и не указанных в Разделе 2. Укажите их родство с лицом, указанным в Разделе 1, Вопрос 1.		
ФАМИЛИЯ, ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ	ФАМИЛИЯ, ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ
ФАМИЛИЯ, ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ	ФАМИЛИЯ, ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ
34	Ожидает ли ребенка ктонибудь из членов семьи, проживающих в доме?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если "да", то кто: _____		Дата предполагаемых родов: _____	
35	Впишите проживающих совместно, не указанных ранее маечеху/отчима: _____		
36	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО		
Хочет ли кто-либо из перечисленных в этом разделе или кто-либо из родителей получать услуги по Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

РАЗДЕЛ 4: Укажите общий доход (до удержания налогов) всех лиц, перечисленных в Разделе 2, Вопросы 17, 27, 28, 29 и в Разделе 3, проживающих совместно в доме. Если работаете не по найму или занимаетесь собственным бизнесом или заполняете налоговую декларацию для подтверждения своего дохода, ответьте только на Вопросы 37, 38 и 40 этого раздела.

37 ИМЯ, ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ИМЕЮЩЕГО ДОХОД	38 ИСТОЧНИК ДОХОДА	39 КАК ЧАСТО ПОЛУЧАЕТЕ ДОХОД	40 СУММА ОБЩЕГО ДОХОДА	41 НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (по желанию)
1.				
2.				
3.				
4.				

РАЗДЕЛ 5: Списания из семейного дохода. Ответы на вопросы этого раздела помогут определить, какие суммы из общего месячного дохода могут быть сняты с рассмотрения.

42 ВИДЫ ВЫПЛАТ, КОТОРЫЕ ДЕЛАЕТ ВАША СЕМЬЯ	43 ИМЯ, ФАМИЛИЯ ПЛАТЕЛЬЩИКА	44 СУММА, ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ В МЕСЯЦ
Финансовая помощь на ребенка		
Алименты		

45 УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ИЛИ УХОД ЗА ИЖДИВЕНЦЕМ (укажите имя и фамилию ребенка)	46 ВОЗРАСТ	47 СУММА, ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ В МЕСЯЦ
1.		
2.		
3.		
4.		

РАЗДЕЛ 6: Прочие оплачиваемые услуги.

48 Подавал ли кто-либо в суд по поводу несчастного случая или телесных повреждений от имени беременной женщины и/или ребенка из числа подающих заявление на получение льгот? Да Нет

49 Хотят ли беременная женщина и/или ребенок подать заявление в Medi-Cal на оплату неоплаченных за последние 3 месяца медицинских счетов? Да Нет

Если "да", укажите месяц(ы): _____

50 Поставьте галочку если Вы не хотите чтобы Medi-Cal направил заявление Вашего ребенка в программу Healthy Families когда Ваш ребенок уже не соответствует бесплатной Medi-Cal.

РАЗДЕЛ 7: Добровольно предоставляемая информация. Не требуемая в обязательном порядке информация.

Ваши ответы не повлияют на ваше право на программы, они помогут сотрудникам штата получить дополнительные фонды из федерального бюджета на оплату программ медицинского обслуживания.

51 Владеет ли семья более, чем одной машиной? Да Нет

52 Есть в семье с детьми на счету в банке наличные деньги на сумму, превышающую \$3,150? Да Нет

РАЗДЕЛ 8: Подписи и засвидетельствования.

53 Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по действующим законам штата California, что ответы, данные мной в этом заявлении, декларации, сделанные мной, и документы, представленные на рассмотрение, достоверны и точны, насколько я понимаю и насколько мне это известно. Я заявляю, что я прочел(а) и понял(а) инструкции к заявлению, декларации и всю информацию, содержащуюся в этом заявлении.

Подпись _____ Дата _____

Подпись свидетеля _____ Дата _____
(если подпись заменена значком)

Уполномоченный представитель (если он есть) _____ Дата _____

РАЗДЕЛ 9: Заполните ТОЛЬКО в том случае, если Вам помогал сертифицированный специалист по заявлениям (САА).

54 Ответьте на этот вопрос, если Вы не возражаете дать сертифицированному специалисту по заявлениям (САА) доступ к информации:

Делая отметку в этой графе, я разрешаю Healthy Families и Medi-Cal выдавать по телефону информацию о статусе заявления представителю нижеуказанной регистрирующей организации. Срок действия настоящего разрешения истекает, когда программа пришлет ответ с результатом рассмотрения данного заявления.

55 Я подтверждаю, что в заполнении данной формы мне помогал нижеприведенный сертифицированный специалист по заявлениям. Эта помощь была мне оказана БЕСПЛАТНО.

САА#: ЕЕ#:

Подпись заявителя _____ Дата _____

Подпись САА _____ Дата _____

Штат не будет возмещать регистрирующей организации расходы по записи на программу, если не будет дан полный и правильный ответ на этот вопрос при подаче данного заявления.



Если выяснится, что вы имеете право на программу **Healthy Families**, и если вы хотите сейчас выбрать для себя план медицинского, стоматологического обслуживания и услуги специалистов по зрению, заполните эту страницу. В противном случае, мы должны будем связаться с вами позже для получения необходимой информации. Обращайтесь за дополнительной информацией к **буклету Healthy Families** или посетите нашу страничку электронной почты www.healthyfamilies.ca.gov.

РАЗДЕЛ А: Выбор планов медицинского, стоматологического обслуживания и услуг специалистов по зрению.

56 План медицинского обслуживания/код	57 Стоматологический план/код	58 План по зрению/код	
59 Имя врача/клиники (по желанию)	60 Врач/код клиники (по желанию)	61 Имя стоматолога/клиники (по желанию)	62 Стоматолога/код клиники (по желанию)

РАЗДЕЛ В: Экспериментальный проект.

63 Если вы принадлежите к одной из этих групп, для вас предусмотрен и предлагается комбинированный план медицинского, стоматологического обслуживания и услуг специалистов по зрению. Вы можете выбрать этот новый комбинированный план и указать его код в клеточке ниже. Обращайтесь к **буклету Healthy Families** за кодом.

Сделайте пометку в тех графах, которые относятся к вашим данным.

<input type="checkbox"/> Индейц ИЛИ <input type="checkbox"/> Работа на сезонных или требующих постоянных переездов работах:	<input type="checkbox"/> Сельское хозяйство <input type="checkbox"/> Лесная промышленность <input type="checkbox"/> Рыболовство	код комбинированного плана
--	---	----------------------------

РАЗДЕЛ С: Декларация Healthy Families.

Я заявляю, что каждый человек, за которого я подаю заявление:

- житель штата California
- не находится в местах заключения, в тюрьме или психиатрической лечебнице
- не имеет права на Medicare Часть А и Часть В
- не является членом семьи, которая имеет право на льготы по медицинскому обслуживанию по программе(ам) предоставления льгот пенсионного обеспечения для государственных служащих штата California.

Я далее заявляю, что:

- лица, перечисленные в этом заявлении, будут следовать правилам участия в программе, в процессе проверки и разрешения споров участвующих планов, в которые данное лицо зачислено.
- я прочел и понял **буклет Healthy Families**. Я понимаю, что в нем говорится о каждом плане медицинского обслуживания, стоматологическом плане и услугах глазного врача и о льготах, которые они предоставляют.

- мой возраст - старше 18 лет, и я подаю заявление сам(а) на себя, или я подаю заявление на всех своих детей, имеющих право на программу **Healthy Families** за исключением тех, которые уже зачислены.
- я согласен оплатить взносы за 6 месяцев. Если я не заплачу эти взносы, меня исключат из программы и я не смогу зачислиться на нее в течение последующих 6 месяцев. Я должен буду оплатить любые предоставляемые мне **Healthy Families** медицинские услуги, которыми я воспользуюсь в последний месяц после прекращения моего страхования.
- я даю разрешение программе **Healthy Families** проверить мой семейный доход, медицинскую страховку, иммиграционный статус лиц, в отношении которых я подаю заявление, и все прочие факты по этому заявлению.
- я согласен в течение 30 дней уведомить программу о любых изменениях адреса любого лица, которое зачислено на программу и о любых изменениях в адресе, указанном как адрес для отправки счетов к оплате.

РАЗДЕЛ D: Уведомление о конфиденциальности.

Закон 1977 года о “Практике использования информации” и федеральный закон “О конфиденциальности” требуют, чтобы лица, которых просят предоставить информацию для программы **Healthy Families**, были ознакомлены с нижеследующими положениями: запрашиваемая информация личного и медицинского характера используется только для идентификации подписчика на программу и для целей администрирования. Законодательные статьи Части 10 CCR, Раздел 2699.6600 требуют, чтобы каждый человек предоставлял определенную информацию при подаче заявления на программу **Healthy Families**. Информация (включая иммиграционный статус) о лицах, которые не становятся подписчиками, будет использоваться только с целью определения права на программу и для ее администрирования. Отказ предоставить эту информацию может в результате повлечь за собой возврат вашего заявления как незаполненного. Следующая информация в заявлении считается необязательной: номер социального обеспечения и информация этнического характера (за исключением случаев, когда заявитель принадлежит к категории индейцев) и любая другая информация, помеченная как добровольная или предоставляемая по желанию. Любое лицо имеет право на доступ к зарегистрированным документам, содержащим его/ее личную информацию, которая содержится в Комиссии по Регулированию Степени Ответственности при Медицинском Страховании. Должностное лицо, ответственное за хранение информации - заместитель директора по определению права и по зачислению на программы Deputy Director of Eligibility and Enrollment, Managed Risk Medical Insurance Board, 1000 G. Street, Room 450, Sacramento, California 95814, (916) 324-4895.

РАЗДЕЛ Е: Разрешение споров.

Если вы зачислены на определенные планы, это означает, что вы соглашаетесь на условие, при котором некоторые претензии (которые могут включать в себя претензии, связанные с медицинскими ошибками) могут рассматриваться на нейтральном, обязывающем обе стороны, арбитражном слушании. Участники отказываются от своих прав на слушание дела в суде или в суде с присяжными. В **буклете Healthy Families** помещена информация о каждом плане и положениях об арбитражном слушании. Вы можете позвонить в службу по обслуживанию участников выбранного вами плана за дополнительной информацией.

РАЗДЕЛ F: Подпись и засвидетельствование.

64 Я подтверждаю, что я прочел(а) и понял(а) информацию, приведенную выше. Я также подтверждаю, что информация, указанная в этой форме правдива и верна.

Подпись _____ Дата _____

Подпись свидетеля _____ Дата _____
(если подпись заменена значком)

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ

РАЗДЕЛ 2 Продолжение



Вопрос 23

Укажите место рождения каждого ребенка или беременной женщины. Если рожден(а) в штате California, укажите название округа. Если рожден(а) за пределами штата California, укажите название штата. Если рожден(а) за пределами Соединенных Штатов Америки, укажите название страны.

Вопрос 24

Воспользуйтесь таблицей, приведенной ниже, чтобы выяснить номер или буквенное обозначение этнического кода для того, чтобы ответить на вопрос 24. Предоставление информации об этническом происхождении необязательно, исключение составляют лица, относящиеся к категории американских индейцев.

Этнические коды

1 Белые	A Американцы азиатского происхождения	N Индузы
2 Испаноязычные американцы	R Гавайцы	
3 Черные/африканцы американского происхождения	C Китайцы	R Чаморро
4 Азиаты	H Камбоджийцы	T Лаосцы
5a Индейцы	J Японцы	V Вьетнамцы
5b Коренные жители Аляски	K Корейцы	Z Прочие
7 Филиппинцы	M Самоанцы	

Вопрос 25

- Информация по иммиграционному статусу составляет часть данного заявления и относится к информации личного характера и является конфиденциальной. Сотрудники штата будут использовать эту информацию только для определения вашего права на программу и с целью управления программой. (см Уведомление о Конфиденциальности.)

Medi-Cal и **Healthy Families** не собирают информацию об иммиграционном статусе родителей/опекунов, которые не претендуют на медицинское обслуживание для себя. Эти программы не могут и не будут предоставлять информацию об иммиграционном статусе такой категории родителей в Управление Иммиграции и Натурализации (INS) или использовать информацию об иммиграционном статусе для того, чтобы требовать и взыскивать с получателя возврат платежей за законно полученные услуги.

- Представьте информацию по иммиграционному статусу **только на тех лиц**, кто подает заявление на медицинское обслуживание. Не представляйте информацию по иммиграционному статусу на тех, кто не подает заявление (как, например, родители).

- Многие категории иммигрантов могут иметь право на программы **Healthy Families** и **Medi-Cal**.



Для **Healthy Families**: дети должны иметь статус легально въехавших в страну иностранцев. В **буклете Healthy Families** объясняется, кто из категории иностранцев может иметь право на программу, и перечисляются различные типы иммиграционных статусов. Для **Medi-Cal**: дети без подтверждающих документов легального въезда в страну могут получать услуги по программе, а беременные женщины могут получать медицинские услуги, относящиеся к беременности и также услуги, связанные с оказанием помощи в неотложных ситуациях. Иммигранты, которые попадают под предусматриваемые требования о доходе и иммиграции, могут получать **полный комплекс льгот по программе Medi-Cal**.

Вопрос 26

- Указывать номер социального обеспечения **не требуется по программе Healthy Families** или тем лицам, которые хотят получить только **Medi-Cal** в неотложных ситуациях или в связи с беременностью.



- Требуется указывать номер социального обеспечения для каждого ребенка, несовершеннолетнего или беременной женщины, подающих заявление **на полный комплекс льгот по программе Medi-Cal**.



- Если у вас нет еще номера социального обеспечения и вы хотите получить **полный комплекс льгот по программе Medi-Cal**, вы можете подать заявление сейчас и предоставить номер социального обеспечения в последующие 60 дней.

- Более подробную информацию о том, как подать заявление на получение номера социального обеспечения, можно получить, позвонив в администрацию по социальному обеспечению по **бесплатному телефону 1-800-772-1213**.

Вопрос 27

Укажите имя матери каждого ребенка и/или имя беременной женщины. Если мать у всех детей одна и та же, укажите ее имя в графе для ребенка 1, и, далее, впишите “то же” в графах для указания других детей и/или укажите имя беременной женщины.



Вопрос 28

Укажите имя отца каждого ребенка и/или имя беременной женщины. Если отец у всех детей один и тот же, укажите его имя в графе для ребенка 1, и, далее, впишите “то же” в графах для указания других детей и/или укажите имя беременной женщины.

Вопрос 29

Укажите имя супруга(и) несовершеннолетнего, если супруг(а) проживает совместно в доме. Укажите имя мужа беременной женщины, если ее муж проживает совместно с ней в доме.

Вопрос 30

Если ребенок имел или имеет на настоящий момент **бесплатный вариант Medi-Cal** и сотрудник окружного отделения отправил уведомление, в котором говорится о том, что ребенок теперь будет получать программу **Medi-Cal с частичной доплатой**, сделайте пометку в графе “да”. Укажите дату окончания **бесплатного варианта Medi-Cal** для каждого лица. Если ответ “нет”, сделайте пометку в графе “нет”.



Вопрос 31 и 32

- Для **Medi-Cal**: вы можете получать **бесплатный вариант Medi-Cal** и в то же время иметь другое медицинское страхование. **Medi-Cal** может оплачивать только те услуги, которые не оплачиваются другой страховкой.
- Для **Healthy Families**: ваш ребенок не будет иметь право на программу **Healthy Families** если он/она имеет страховку, спонсором которой является работодатель.

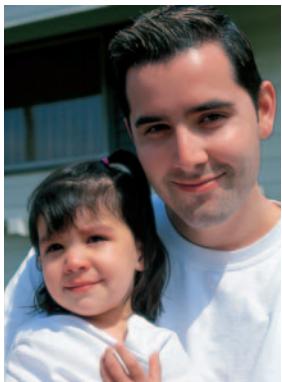
РАЗДЕЛ 3

Члены семьи, проживающие совместно в доме.

Количественный состав семьи используется для определения, на какую программу ребенок имеет право.

Кто считается взрослым членом семьи?

- Биологические или приемные родители ребенка, которые будут получать льготы по программе
- Муж беременной женщины, подающей заявление на программу
- Беременная женщина
- Освобожденный от родительской опеки несовершеннолетний ребенок или несовершеннолетний ребенок, проживающий самостоятельно и обеспечивающий себя сам



Кто считается биологическими и приемными детьми?

- Еще не родившийся ребенок
- Все дети в возрасте до 21 года, проживающие совместно в доме
- Все дети в возрасте до 21 года, которые уехали из дома учиться и которые внесены в налоговую декларацию как иждивенцы.



Не учитывайте тех членов семьи, которые получают государственные субсидии типа SSI/SSP или CalWORKs.

Вопрос 33

Дети в возрасте до 21 года, проживающие совместно в доме, считаются членами семьи при подсчете семейного дохода. **Например:** если в семье двое детей, указанных в Разделе 2, и двое детей, указанных в Разделе 3, можно указать четырех детей в доме вместо двух. Перечислите братьев, сестер, сводных братьев, сводных сестер в доме, которые не перечислены в Разделе 2, Вопрос 17 (ребенок 1, ребенок 2, ребенок 3 или ребенок 4).

Вопрос 34

Дородовое обслуживание очень важно для всех беременных женщин. Ответ на этот вопрос поможет представителю программы Medi-Cal выявить заявления беременных женщин и быстрее их рассмотреть.

Вопрос 35

Ответ на этот вопрос поможет нам правильно определить ваш семейный доход.



Вопрос 36

Сделайте отметку в графе "да", если брат/сестра, сводный брат/сводная сестра, находящиеся в возрастной группе от 19 до 21 года, один из родителей или неродной родитель хотят получить Medi-Cal. Если вы сделали пометку в графе "да", с вами свяжутся позже для получения дополнительной информации.



РАЗДЕЛ 4

Перечислите доход всех лиц, указанных в разделах 2 и 3, которые проживают совместно. Эта информация используется для определения программы, на которую вы имеете право.



Вопрос 37

Отдельной строкой укажите каждого, кто имеет доход. Если у кого-либо из этих лиц имеется доход из двух источников, используйте две строки. **Например:** если Мария имеет две работы, используйте одну строку для каждой из работ, чтобы указать ее заработки.

Вопрос 38

Укажите источники дохода. **Например:** доход может образовываться в результате работы (на работодателя или в собственном бизнесе), от финансовой помощи на ребенка от одного из родителей; не проживающего совместно; льготных выплат от правительственные агентства, таких как Социальное пенсионное страхование по инвалидности уцелевшего члена семьи (Social Security Retirement Survivor Disability Insurance) и Управление по делам ветеранов (Veterans Administration); от получения страховых полисов, выплат из пенсионных фондов, владения арендной собственностью; от подарков от родственников и друзей и т.д. Если у вас возникли вопросы относительно дохода, подлежащего учету, пожалуйста, звоните по **бесплатному телефону 1-800-880-5305**.

Не указывайте как свой доход выплаты типа SSI/SSP, выплаты за воспитание приемных детей, которые находятся под вашей опекой, за студенческие работы в колледже по программе "работа-учеба" (work study), выплаты по программе CalWORKs (заменяет программу AFDC), ссуды, а также заработка ребенка в возрасте до 14 лет или учащегося школы.



Вопрос 39

Как часто вы получаете свой доход?

Например: один раз в неделю (еженедельно), каждые две недели, дважды в месяц, один раз в месяц, один раз в год, и т.д.

Вопрос 40

- Впишите данные о доходе, который вы получаете регулярно. **Например:** если вы получаете доход один раз в неделю, впишите в графу еженедельную сумму.
- Если ваш доход время от времени меняется, укажите среднюю сумму, получаемую на регулярной основе. Мы будем использовать корешки чеков или другие документы, которые вы нам предоставите, чтобы правильно подсчитать ваш месячный доход.
- Если вы знаете, что ваш семейный доход будет расти или уменьшаться **в последние несколько месяцев** по причине сверхурочных, повышения по службе, повышения зарплаты, предполагаемого увеличения суммы алиментов или финансовой помощи на ребенка, сокращения по штатному расписанию, отпуска и т.д., дайте разъяснение на отдельном листе бумаги. **Например:** доход Марии на работе в этом месяце составил \$1000, а ее обычная месячная зарплата \$800. Дайте письменное объяснение, что чек Марии включает \$200 сверхурочных (или премию \$200) и укажите, как долго будут продолжаться сверхурочные (как часто она будет получать премии).
- Работающие не по найму и лица, занимающиеся собственным бизнесом, вписывают чистый доход из Таблицы С прошлогодней федеральной налоговой декларации или предоставляют данные о прибылях и убытках за последние 3 месяца.
- Если вы используете прошлогоднюю федеральную налоговую декларацию, сложите все прочие суммы полученного дохода, подлежащего отчету. Не указывайте убытки.

Вопрос 41

- Номер социального обеспечения для ответа на этот вопрос предоставляется по желанию.

РАЗДЕЛ 5

Удержания из семейного дохода.

Ответы этого раздела помогут нам определить, какие суммы мы можем исключить из подсчета вашего семейного месячного дохода.



Вопрос 42

Мы можем исключить из подсчета семейного дохода финансовую помощь **на ребенка или алименты**, полученные по решению суда в результате рассмотрения дела.

Вопрос 43

Впишите имя лица, которое предоставляет финансовую помощь или алименты на ребенка.

Вопрос 44

Впишите общую сумму, которую один из родителей ребенка или супруг беременной женщины (перечисленный в Разделе 2) платит в месяц в виде финансовой помощи или алиментов.



Вопрос 45

Впишите имя каждого лица, получающего услуги от детских учреждений по уходу за ребенком или по уходу за иждивенцами.

Вопрос 46

Впишите общую сумму месячных выплат, произведенных на каждого ребенка или иждивенца-инвалида.

Мы можем вычесть из семейного дохода выплаты на **услуги детских учреждений по уходу или по уходу за иждивенцами** в случае, если

- выплата производится одним из родителей ребенка или супругом беременной женщины (перечисленным в Разделе 2)
- и
- один из родителей ребенка или супруг беременной женщины (см Раздел 2) работает или находится на стажировке и никто кроме него не может обеспечить уход.

Мы не будем списывать больше разрешенного максимума, предусмотренного на каждого ребенка, получающего услуги детских учреждений по уходу и за услуги по уходу за иждивенцами-инвалидами. Этот максимум зависит от возраста лица, получающего эти услуги.

Месячный максимум, разрешенный для списания на каждого ребенка и инвалида-иждивенца:



ребенок в возрасте до 2 лет	= \$ 200
ребенок в возрасте 2 лет и старше	= \$ 175
иждивенец-инвалид любого возраста	= \$ 175

СПИСАНИЯ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С РАБОТОЙ

Удержание в сумме до \$90 будет предоставляться каждому человеку в вашей семье, перечисленному в Разделе 4, который числится работающим, получающим государственное страхование по инвалидности или компенсацию по нетрудоспособности.

СПИСАНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И АЛИМЕНТОВ

Если ваш доход подсчитывается из дохода от финансовой помощи или алиментов, вы можете списать \$50 с вашего семейного дохода.

РАЗДЕЛ 6

Прочее страховое покрытие.



Вопрос 48

Если **Medi-Cal** оплачивает оказанные вам медицинские услуги, связанные с несчастным случаем или телесными повреждениями, то стоимость этих услуг может быть в дальнейшем вычтена из суммы, полученной в результате судебного урегулирования спора.

Вопрос 49

Medi-Cal сумеет помочь оплатить некоторые неоплаченные счета за медицинские услуги, предъявленные вам за 3 месяца, предшествующие заполнению вами этого заявления.

- Даже если вы подаете заявление на программу **Healthy Families** и у вас есть неоплаченный счет за медицинские расходы за 3 месяца, предшествующие заполнению вами этого заявления, **Medi-Cal** сможет вам помочь.
- Если вы сделали отметку в графе “да”, представитель от **Medi-Cal** позвонит вам позже для получения дополнительной информации.

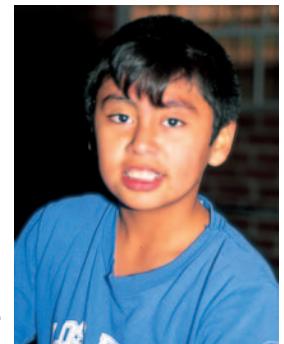


Вопрос 50

Если ребёнок, указанный в разделе 2 будет записан на **бесплатную** программу **Medi-Cal**, а Ваш доход в будущем увеличится или Ваш статус изменится, то мы направим Ваше заявление в **Healthy Families**. Если Вы не хотите чтобы Ваше заявление отправили в **Healthy Families** поставьте галочку.

РАЗДЕЛ 7

Добровольно предоставляемая информация.



Вопросы 51 и 52

Вы имеете право не отвечать на эти вопросы.

РАЗДЕЛ 8

Подпись и засвидетельствование.

Вопрос 53

Законы штата и федеральные законы требуют вашей подписи на форме этого заявления. В этом разделе своей подписью вы свидетельствуете, что ваши утверждения и ответы правдивы и что документы, которые вы представили, подлинны и точны.



РАЗДЕЛ 9

Оказание помощи в заполнении заявления.

Вопрос 54

Делая отметку в этой графе, Вы даёте **Healthy Families** и **Medi-Cal** разрешение выдавать по телефону информацию относительно статуса Вашего заявления нижеуказанному представителю регистрирующей организации. Это разрешение заканчивается в день когда программа отправит по почте результаты рассмотрения данного заявления.

Вопрос 55

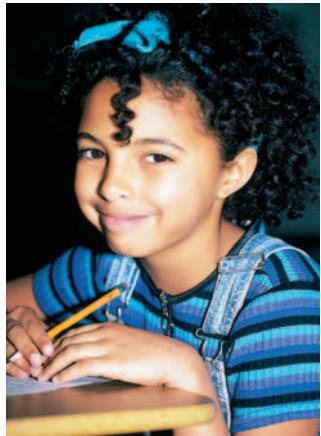
Вы заявляете, что Вам оказал помощь сертифицированный специалист по заявлениям, чтобы программы смогли оплатить его услуги регистрирующей организации.



ЗАПОЛНЕНИЕ СТРАНИЦЫ ПО ПРОГРАММЕ HEALTHY FAMILIES

Вопросы с 56 по 64, включительно

Ответьте на эти вопросы, если выяснится, что ваши дети имеют право на программу **Healthy Families** и вы хотите, чтобы действие их страховки началось как можно раньше. В противном случае, мы свяжемся с вами позже для получения от вас этой информации. **Буклет по программе Healthy Families** включает важную информацию о программе, о планах, действующих в вашем округе, о выборе врача или стоматолога и об оплате взносов. Обращайтесь к **буклету**, чтобы выбрать медицинское обслуживание, услуги стоматолога и глазного врача.



Отправьте взнос за 1 месяц вместе с этим заявлением, стр. A1-A4. Если вы выплатите взносы сразу за 3 месяца, 4-й месяц предоставляемся **БЕСПЛАТНО**. Выпишите чек на имя **Healthy Families**. Принимаются в качестве оплаты личные чеки, платежные поручения (money orders), кассирские чеки (cashier's checks). К сожалению, мы не принимаем оплату наличными деньгами. Обращайтесь к **буклету Healthy Families** для получения информации о причитающейся месячной плате. Если ваш ребенок не имеет право на программу **Healthy Families**, мы вернем вам ваш месячный взнос.

Чтобы запросить экземпляр **буклета Healthy Families**, пожалуйста, звоните по бесплатному телефону 1-800-880-5305. или посетите страницу нашей электронной почты по адресу www.healthyfamilies.ca.gov.

ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ

- Копия свидетельства о рождении для всех граждан США или уроженцев страны, подающих заявление на медицинское обслуживание. Отправьте ее сейчас или в течение 60 дней после зачисления.

ИЛИ

Подтверждение об иммиграционном статусе или квитанция службы INS, подтверждающая, что вы

подали заявление на замену утерянного документа. Только лица, желающие получить страхование, должны отправить копию документа, указывающего дату въезда (обе стороны документа) или эту квитанцию вместе с заявлением или в течение 30 дней после зачисления. Если ребенок или беременная женщина не имеет иммиграционных документов, он/она может, тем не менее, получить право от **Medi-Cal** на оплату услуг по неотложной помощи или по услугам, связанным с беременностью.



- **Подтверждение списаний**, перечисленных в Разделе 5. По уходу за ребенком и уходу за иждивенцем предоставляемые квитанции или оплаченные банком чеки.

• Подтверждение статуса калифорнийского жителя.

Вы можете также использовать свое подтверждение о доходе как доказательство статуса жителя штата California. Если ваш доход исходит не от работы в штате, предоставьте другое подтверждение места жительства.



- Если вы ожидаете рождение ребенка, или подаете заявление на еще не рожденного ребенка, **подтверждение о беременности** от врача или клиники.

- **Подтверждение дохода**. Отправьте копию последнего корешка чека. Если корешок отсутствует, получите подписанное работодателем подтверждение. Общий месячный доход и даты получения сумм должны быть указаны в этом подтверждении.

ИЛИ

Отправьте копию федеральной налоговой декларации за последний год.



Прочие подтверждения дохода, которые могут быть затребованы:

- Если человек работает в собственном бизнесе сам на себя, отправьте копию налоговой декларации за последний год (включая таблицу C) или банковскую выписку о доходах и убытках за последние 3 месяца.
- Если у вас есть такой доход, как пособие по инвалидности или пенсионному обеспечению, пошлите копии письма, удостоверяющего о наличии пособия или выписку из банковского счета, показывающую прямое перечисление через банк.
- Если кто-либо получает финансовую помощь и/или алименты или алименты на супруга, отправьте копии полученных чеков или выписку из управления прокуратуры по вопросам семьи за последний месяц.
- Только для программы **Healthy Families**: "Уведомление о вступлении в действие программы Medi-Cal с частичной оплатой услуг" ("Share-of-Cost Notice of Action"), полученное в течение последних 30 дней, которое показывает, что ребенок включен в программу с частичной оплатой, может быть использовано как подтверждение о доходе.



Уведомление о конфиденциальности, относящееся к Medi-Cal:

Информация, предоставленная в этом заявлении, считается личной и конфиденциальной в соответствии с Разделами 10850 и 14100.2. Кодекса о Вэлфере и Учреждениях. Информация может быть разглашена только с учетом этих законов.

Права, обязанности и декларации, относящиеся к Medi-Cal:



Я имею право на следующее:

- на справедливое ко мне отношение независимо от расы, цвета кожи, вероисповедания, национальной принадлежности, пола, возраста и политических убеждений.
- попросить об услугах переводчика.
- требовать справедливого слушания, если я думаю, что решение относительно моего дела по Medi-Cal вынесено неправильно или несправедливо. Я должен(а) попросить о слушании в течение 90 дней после получения "Уведомления о вступлении решения в силу". Для получения информации о справедливых слушаниях по Medi-Cal звоните **по бесплатному телефону 1-800-952-5253**.



Я несу ответственность за соблюдение следующих правил:

- отправлять отчет о состоянии дела по просьбе сотрудников округа.
- уведомлять в течение 10 дней о любых изменениях в информации, сообщенной мной в этом заявлении.
- уведомлять сотрудников округа, когда член семьи подает документы на получение льгот по инвалидности, находится в государственном учреждении или получает медицинские услуги в связи с несчастным случаем или телесными повреждениями, нанесенными другим лицом.
- оказывать посильную помощь при проверке моего дела.

Я заявляю, что каждое лицо, за которое я подаю заявление:

- проживает в штате California и планирует здесь остаться.
- не владеет или не снимает в аренду в качестве основного места проживания жилье вне штата California.
- не получает государственное пособие вне штата California.
- не помещен в тюрьму, другие места заключения или прочие исправительные учреждения.



Я далее заявляю, что:

- я понимаю, что условием моего права на получение Medi-Cal является автоматическая передача штату California всех прав на медицинскую помощь.
- я понимаю, что могу иметь право на другие программы, и я имею право подавать заявление на другие программы, если не получу право на эту программу Medi-Cal.
- я понимаю, что мне может быть отказано в получении льгот или они могут быть прекращены и с меня могут потребовать возврата произведенных выплат. Кроме того, по факту предоставления мною ложных сведений по отношению ко мне может быть начато расследование на предмет мошенничества.

Уведомление о конфиденциальности, относящееся к Medi-Cal:

Закон 1977 года о "Практике использования информации" и федеральный закон "О конфиденциальности" требуют от Управления Здравоохранения предоставлять следующую информацию: Кодекс "О Вэлфере и Учреждениях", Раздел 14011 и положения Титула 22, Свода регулирующих нормативных правил ССР штата, требуют, чтобы заявитель на программу Medi-Cal предоставил информацию по определению права на программу, запрашиваемую в этом заявлении. Эта информация может быть раскрыта федеральным агентствам, сотрудникам агентства штата и местным органам с целью подтверждения права на программу и для других целей, относящихся к управлению программой Medi-Cal, включая подтверждение от INS иммиграционного статуса лиц, которые претендуют на полный объем услуг по Medi-Cal. (Федеральный закон гласит, что INS не может использовать информацию ни для каких целей за исключением случаев, которые относятся к делам о мошенничестве.) Информация будет использована компанией Electronic Data Systems для обработки информации поискам и для изготовления карточек-удостоверений (BICs). Отказ предоставить запрашиваемую информацию может повлечь за собой отказ в рассмотрении заявления. Информация, запрашиваемая в этой форме, обязательна для предъявления, исключение составляет только информация этнического характера и прочая информация, которая помечена как добровольно предоставляемая или как предоставляемая по желанию. Номера социального обеспечения требуются в соответствии с Разделом 1137(a)(1) Закона "О Социальном Обеспечении" и в соответствии с разделом 14011.2 Кодекса "О Вэлфере и Учреждениях", за исключением случаев, которые относятся к неотложным ситуациям или к вопросам, относящимся к беременности. Любое лицо имеет право на доступ к своему делу, которое хранится в офисе Управления Здравоохранения, включающему его/ее личную информацию. Обращайтесь в свой окружной офис здравоохранения по предоставлению социальных услуг при желании запросить свое дело.



**За помощью на вашем языке...пожалуйста
звоните по бесплатному телефону 1-800-880-5305**

- For English information, Press 1.....  **1** English
- Si desea información en español, oprima el 2.....  **2** Spanish
- Muốn được giúp đỡ bằng tiếng Việt, xin gọi số trên và Bấm số 3.....  **3** Vietnamese
- សូមប្រព័ន្ធមានចំណែកភាសាដើរ, សូមទូរសព្ទទៅលេខ៨ដើម្បីបញ្ជូនលេខ 4.....  **4** Cambodian
- Yog koj xav paub xov ntxiv hais ua lus Hmoob, thov koj hu tus xov tooj teev los saum toj no, tom qab ntawd, koj mam nias tus nabnpawb 5.....  **5** Hmong
- Հայերենով տեղեկություն ստանալու համար խնդրու ենք հեռաձայնեք վերը նշված համարով եւ սեղմեք 6.....  **6** Armenian
- 如需粵語資料，請撥上列號碼並按 7.....  **7** Cantonese
- 한국어로 된 정보를 원하시면, 위에 나온 번호로 전화하신 다음 (8) 을 누르십시오.....  **8** Korean
- Для получения информации на русском языке звоните, пожалуйста, по вышеуказанному телефону и нажмите кнопку 9.....  **9** Russian
- برای کسب اطلاعات به زبان فارسی با شماره فوق الذکر تماس بگیرید و شماره ۰ را فشار دهید.....  **0** Farsi